Garcia (D.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS HERIDAS CONTUSAS DE LA CABEZA.

TRABAJO

Que para el exámen general de Medicina, Cirujía y Obstetricia presenta al Jurado Calificador

DANIEL GARCIA

ALUMNO DE LAS ESCUELAS NACIONAL DE MEDICINA Y PRÁCTICA MÉDICO-MILITAR, SOCIO DE LA SOCIEDAD FILOIÁTRICA Y ASPIRANTE DE SANIDAD DEL EJÉRCITO MEXICANO.



MEXICO.
IMPRENTA DE E. HAGELI.
Primera del Rastro 4.
1886.

Sr. Dr. J. M. Bandera
Supl

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

ALGUNAS CONSIDERACIONES
SOBRE LAS HERIDAS
CONTUSAS DE LA CABEZA.

TRABAJO

Que para el exámen general de Medicina, Cirujía y Obstetricia presenta al Jurado Calificador

DANIEL GARCIA

ALUMNO DE LAS ESCUELAS NACIONAL DE MEDICINA Y PRÁCTICA MÉDICO-MILITAR, SOCIO DE LA SOCIEDAD FILOIÁTRICA Y ASPIRANTE DE SANIDAD DEL EJÉRCITO MEXICANO.



MEXICO.

IMPRENTA DE E. HAGELI.

Primera del Rastro 4.

1886.

A LA MEMORIA DE MI MADRE

Á MI PADRE.

Á LA MEMORIA DE MI ILUSTRE PROTECTOR

General

FRANCISCO MONTES DE OCA

A los Sres. Director y Profesores

DE LA

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA

Humilde tributo de gratitud.

A la Escuela Práctica Médico-Militar.

A Los Sres. Doctores

Alberto Escobar, Epifanio Cacho,

Zacarías Gómez y Marcial M. Vargas

A los Doctores.

Ramon Macías y Regino Gonzalez.

Al elejir un punto que como estudio, deba presentar para cumplir con la ley, he vacilado mucho, porque es tan basta la Medicina: tiene tanto que estudiar, y presenta tantos problemas por resolver, que el pensamiento se ofusca ante la magnitud de ella. Si los conocimientos teóricos y los prácticos que hayamos adquirido en el tiempo de nuestros estudios, apenas nos abren las primeras páginas del gran libro de la naturaleza y apenas nos dan las primeras luces de la Ciencia, es casi imposible para el que aspira al honroso título de Porfesor en Medicina y Cirujía, para cumplir con la ley, presentar un trabajo digno ante el jurado que, formado por verdaderos maestros lo califique.

Nada nuevo podré presentaros en este trabajo, porque todo es ya conocido en la Ciencia; solo añadiré algunas observaciones de mi práctica, que si no arrojan una luz ni mucho ménos en el punto que he elejido, sí serán observaciones nuevas, añadidas á los hechos ya observados.

Cuando he recorrido las estadísticas de las operaciones practicadas en el Hospital Militar de Instruccion, que es en donde he hecho mi práctica, en el espacio de cinco años, ha llamado mi atencion la diferencia de mortalidad sucesivamente decreciente de un año á otro á medida que se han puesto en práctica más y más rigurosamente las curaciones anticépticas, aun cuando los métodos operatorios en nada hayan diferido de los

empleados hace mucho tiempo.

He visto operaciones practicadas en el abdómen, por ejemplo, operaciones que ántes eran gravísimas, ser últimamente de poca ó ninguna gravedad relativa, empleando para ellas, en todo rigor los preceptos Listerianos.

Las amputaciones dobles, las operaciones sobre hernias intestinales estranguladas, las evacuaciones de inmensos focos de supuracion, las resecciones huesosas, las operaciones sobre las grandes articulaciones &, y por último, operaciones sobre los huesos del cráneo y sobre la masa cerebral misma, seguidas de éxito, todo hace comprender que la Cirujía moderna ha dado un paso gigantesco en beneficio de la humanidad.

Estas últimas operaciones que he mencionado, me han preocupado mucho por su novedad para mí; por haber sido poco practicadas en México y por estar llamadas á prestar positivos servicios á aquellos desgraciados que por una herida contusa se ha visto su vida más ó ménos en peligro de perderse.

Quiero pues, hablar de lo indispensable que es la intervencion quirúrgica en ciertos casos de heridas contusas de la cabeza, en que hay aparicion de síntomas cerebrales.

La violencia con que debe intervenirse y el poco peligro que relativamente presenta dicha intervencion, cuando se aplican en todo rigor los preceptos Listerianos.

Para el desarrollo de este trabajo que me he impuesto, tengo que hacer algunas divisiones de su estudio.

1º Frecuencia de las heridas contusas de la cabeza.

2º Síntomas.

3º Diagnóstico.

4º Pronóstico.

5º Tratamiento.

Frecuencia de las heridas contusas de la cabeza. En esta cuestion, como en todas las que se refieren al objeto de mi estudio, se verán siempre hechos que he observado en el Hospital Militar de Instruccion, por haber hecho allí mi práctica, por haberlos seguido paso á paso y por haber visto sus resultados.

La frecuencia con que las heridas contusas de la cabeza se presentan, es muy grande porque muchas causas influyen para ello.

El carácter belicoso de los soldados, la clase de armas que portan; la carencia de ellas muchas veces, por ejemplo, estando francos ó de paseo, en cuya circunstancia en un momento de agresion, hechan mano del primer objeto que á su vista se presenta, como un palo, una piedra &,&.

El abuso de las bebidas alcohólicas influye mucho en dicha frecuencia: unas veces porque exalta los ánimos y predispone al pleito, y otras porque el individuo no pudiendo tenerse en pié, cae abandonado á su peso chocando con los objetos más ó menos inmediatos.

Puedo decir, cási sin temor de equivocarme, que de la multitud de individuos heridos de la cabeza, que he podido observar, cási todos tienen en sus antecedentes, el recuerdo del abuso del alcohol, coincidiendo con la lesion de que se quejan.

En cierto grupo de indivíduos del ejército, son más frecuentes estas lesiones por una caída que por la riña, mientras que en otros sucede lo contrario.

El primer grupo, está formado por indivíduos viejos en su mayor parte, cuyos miembros, más ó menos completos, apenas les prestan una ayuda poco firme; por otra parte; habituados al uso de las bebidas alcohólicas, vacilan siempre en sus pasos y cási siempre caen bajo el peso de la embriaguez.

Los otros indivíduos á que me refiero, son por lo general adultos, vigorosos, bien constituidos y poco habituados al abuso del alcohol: si riñen, es con valor y saben defenderse y si cáen es por una gran superioridad de fuerza.

Si son heridos con un cuerpo contundente, sus heridas son sencillas y pocas veces presentan un carácter alarmante de gravedad.

Esto que digo de los indivíduos del ejército, tambien es aplicable al resto de la sociedad: tambien allí puede observarse; como lo demuestran los hechos que á cada instante se ven en las Comisarias de policía.

En cuanto á la cifra que indique hasta que grado por cualquier motivo son frecuentes, se verán en los datos estadísticos que he recojido, teniendo á la vista las ordenatas correspondientes al año próximo pasado de 1885.

*
* *

Síntomas. La cuestion siguiente, se presenta tanbien muy variada, porque cambia, desde los más lijeros hasta los más gráves, segun la intensidad del golpe, segun la naturaleza de la arma, segun la constitucion del indivíduo y segun su estado general.

Si la arma con que ha sido hecha, es por ejemplo, un palo, una piedra, ó cualquier instrumento sucio en sus superficies: susceptible de dejar por su poca cohesion partículas más ó menos grandes incrustadas en los tejidos y que muchas veces el cuidado más escrupuloso no las denuncia; muchas veces heridas en apariencia en las mejores condiciones, dan lugar á inflamaciones más ó menos intensas: á supuraciones más ó menos prolongadas, y en fin, á la permanencia del enfermo en el

Hospital por espacio de tiempo mayor del que debiera ser.

Si la herida ha sido causada por un instrumento siempre limpio, como una bayoneta por ejemplo, si el estado general del enfermo y la poca intensidad del golpe son favorables, marchará rapidamente á la cicatrizacion definitiva y cási no habrá fenómenos inflamatorios ni mucho ménos complicaciones desagradables.

Si el indivíduo está debilitado por escesos de todos géneros, si su organismo funciona con irregularidad, y en fin si todo indica que es un terreno poco favorable para las reparaciones orgánicas, salta á la vista las malas condiciones en que está, y no es estraño, ver heridas en buenas condiciones, en apariencia, quedar por un tiempo más ó ménos largo en cierto estado de atonía, de que ni los cuidados más minuciosos, ni los tópicos más exitantes son capaces de sacarlas si no es el tratamiento general del indivíduo.

Si al contrario, es jóven y robusto, vigoroso &, se verán heridas de mucha concideracion, marchar rápidamente á su curacion definitiva.

Un caso que confirma este acerto observé en Octubre del año pasado.

Un indivíduo de veinticinco años de edad, operario de la Maestranza, encargado de la preparacion del fulminato de mercurio, por un descuido suyo, estalló dicha sustancia y el mortero de mármol que la contenía se hizo mil pedazos, uno de ellos le produjo una herida en colgajo irregular, formado por las partes blandas, incluso el periostio, de las regiones, temporal y parietal derecha y parte de la occipital, estaba lleno de fragmentos de mármol, astillas de madera, tierra &, &, sus bordes eran muy irregulares, contundidos y todo parecía no ser

favorable para una cicatrizacion violenta.

Un aseo muy cuidadoso, y una curacion antiséptica perfecta, fueron suficientes para obtener una cicatriz por primera intencion.

En la sintomatología de las lesiones de que me ocupo, hay una circunstancia, tal vez la principal, que debemos tener siempre en concideracion: la intensidad del golpe, no tanto por los efectos locales que produzca, cuanto por los fenómenos generales á que dá orijen y que pueden variar desde los más lijeros hasta los más gráves.

Si la intensidad es lijera, las partes blandas y aún el periostio pueden ser interesados y todo se reduce á la sintomatología general de las heridas.

Si la intensidad del choque aumenta, no solo se observan signos locales, sino tambien signos de conmocion cerebral más ó ménos intensa.

Si aumenta más, todavía, la fuerza del golpe, además de las lesiones de las partes blandas, se observan otras más ó ménos considerables sobre las partes huesosas y los fenómenos no solo de conmosion sino de contusion y compresion cerebrales.

Hay casos en que, habiendo una pequeña herida exterior, las lesiones internas han sido de tanta gravedad, que en pocas horas han concluido con la vida del paciente.

Indicaré rápidamente los principales síntomas de estas tres gráves complicaciones, no porque sean fáciles de diagnosticar en un momento dado, sino porque pueden presentarse todas á la vez, ó aparecer aisladamente segun multitud de circunstancias.

Tres grados han sido admitidos por la mayor parte de los autores, en la conmocion cerebral: lijera, gráve y fulminante.

La primera está caracterizada por aturdimiento pasajero, sumbido de oidos, resolucion muscular &., despues de algunos minutos ó de algunas horas, el enfermo vuelve en sí y no se queja sino de un lijero mal estar.

En la segunda, el herido cae sin exhalar ni un grito, privado de conocimiento, de sentimiento y de movimiento: aparecen vómitos y evacuaciones involuntarias de orina y de materias fecales y los músculos en resolucion; á pesar de esto último, los miembros no tienen el carácter de los miembros paralizados.

La pupila se ha dilatado, la respiracion y el pulso, son notablemente lentos.

Si se le habla al enfermo, responde con palabras ininteligibles y cae en cierto estado de somnolencia.

Este estado que puede persistir de algunas horas á algunos dias, va desapareciendo poco á poco: sus respuestas son más claras y la torpeza ménos notable.

En la última forma, el herido cae para no volver á levantarse: su pulso y su respiracion son más y más lentos y á las pocas horas ó á los pocos instantes todo á concluido por la muerte.

*
* *

La contucion cerebral, puede estar localizada al nivél del punto herido: en uno diametralmente opuesto ó á una distancia más ó ménos grande y á veces suelen reunirse estas variedades.

A semejanza de las contusiones sobre los tegumentos exteriores estas lesiones pueden ofrecer diversos grados.

En la forma más sencilla, se vé al nivél de la parte contundida una série de puntos rojos más ó ménos confluentes vién-

dose de preferencia en la sustancia gris.

Si la contusion es más fuerte, el puntilléo rojo es más confluente y al nivél de las rupturas vasculares, que las constituyen, se ven coágulos sanguíneos y la pulpa cerebral reblandecida.

En un grado más avanzado todavía, se vé el cerebro perfectamente reblandecido, color de vino aguado; reducido á una papilla que facilmente puede quitarse con un chorro de agua, dejando en su lugar una cavidad formada por paredes de sustáncia cerebral infiltradas de un líquido serosanguinolento y granulaciones rojizas.

Clínicamente dos son las séries de fenómenos que dominan en esta afeccion. Los que pasan desde el momento del accidente hasta el tercero ó sesto dia y los fenómenos inflamatorios que se suceden: (meningo encefalitis)

En la primera série, hay mucha variedad en los síntomas. Unas veces puede pasar desapercidiba hasta la aparicion de los fenómenos inflamatorios y otras veces, hay convulsiones en los músculos de la cara, en los miembros &., contracturas, agitacion, parálisis parciales y aun hemiplegia.

Algunos creen que cuando la contusion ha sido localizada á la sustancia gris, estos últimos síntomas faltan porque no precide ni á la sensibilidad ni al movimiento.

En la segunda série, á los pocos dias aparece elevacion de temperatura 39° ó 40° acompañada de contracturas, convulsiones, parálisis, coma y poco despues la muerte.

*
* *

Cuando á consecuencia del choque, se han roto los vasos interiores y la sangre se ha derramado en el interior de la cavidad craneana, ó cuando fragmentos huesosos ó de otra naturaleza, se han hundido en la cavidad del cráneo, tienden á desalojar más ó ménos la masa encefálica; dando lugar á una série de fenómenos que sin ser patognomónicos pueden llevar más ó ménos al diágnostico de la afección, siendo los principales, fenómenos de compresión.

Cuando la compresión es muy intensa, cuando la cantidad de sangre es muy abundante: cuando los fragmentos huesosos son muy numerosos &., el herido, privado de movimiento y de sentimiento, insensible á las excitaciones exteriores, pálido, estraño á cuanto le rodea, respirando con mucha lentitud, produciendo ese ronquido especial, *extertor*, la muerte inmediata es su porvenir, muerte que en algunos casos pudiera evitarse ó rétardarse más ó ménos con la intervención quirúrgica.

Este cuadro: que con alguna frecuencia se observa en la práctica de los Hospitales, se refiere á los grandes traumatismos; porque la compresión lenta y gradual no se manifiesta así. La gravedad de los síntomas es mucho menor y va creciendo proporcionalmente á dicha compresión.

Hay en la historia de la compresión cerebral, un hecho clínico de bastante interés: "La compresión lenta ó rápida de la base del cerebro presenta siempre síntomas más graves que cuando es de la convexidad."

*
* *

He pasado revista á ésta sintomatología porque es la que se observa en la práctica en los grandes traumatismos.

Muchas veces, es tal la violencia del choque que el conjunto sintomatológico que presenta el paciente, no puede referirse esclusivamente á lesion determinada.

¡Cuántas veces en casos de traumatismos considerables, hay tal reunion de síntomas y tal esclusion de otros, que el Cirujano queda perplejo ante el cuadro que presentan los enfermos!

Ultimamente se han visto en las clínicas del Hospital Militar de Instruccion; varios casos que son de un grande interés para la práctica y cuyas historias referiré al fin de éste estudio.

Diagnóstico. Hacer el diagnóstico de una enfermedad por ligera que sea; es de sumo interés porque de él se desprende la conducta que debe seguir el Médico y el pronóstico que debe dar de ella.

En la cuestion que nos ocupa, tratándose de una herida leve, el diagnóstico no tiene ninguna dificultad; pero tratándose de traumatismos más considerables, las dificultades con que el Cirujano tropieza van creciendo en razon directa de la gravedad de los síntomas. No basta que el Cirujano diga: ésta es una herida contusa de la cabeza; debe manifestar que órganos superficiales ó profundos se han interesado, por qué mecanismo lo han sido y hasta dónde puede conducir la intensidad del golpe recibido.

Para fundar un diagnóstico, perfecto, hasta donde sea posible, no son los síntomas solamente los que á ello conducen, debe tenerse un acopio tan minucioso como sea posible de conocimientos anatómicos.

Sería muy difuso si quisiera entrar en detalles tan grandes, como merece la cuestion.

Me conformaré solamente, con indicar de una manera sen-

cilla algunos puntos; que en mi concepto, son indispensables.

Prescindiendo del estudio anatómico de una region tan importante, vamos á consignar una teoría de mucho interés para la cuestion de que me ocupo.

¿Cómo resiste el cráneo á las violencias exteriores? Tillaux; que es de quien tomo los datos que siguen y que en mi concepto es quien á tratado mejor el asunto, dice así:

Las violencias exteriores de cualquiera clase que sean, pueden reaccionar sobre la cabeza en distintos puntos de ella.

Primero, sobre el vértice; segundo sobre las partes laterales; tercero, sobre la parte anterior; y cuarta sobre la parte posterior.

Cuando un choque violento, se ha recibido sobre la parte más elevada de la cabeza, los bordes superiores de los parietales, tienden á hundirse en la cavidad, éste hundimiento desalojaría hácia afuera los bordes inferiores, lo que no se efectúa porque están en relacion con las escamas de los temporales y éstos con el esfenoide, de tal manera, que la proyeccion de los parietales hácia fuera es imposible á beneficio de la clase de suturas que los unen.

La grande ala del esfenoide y la escama del temporal hacen un papel semejante al de la clave en los arcos de los edificios.

La escama del temporal es á su vez sostenida por otra porcion huesosa que tambien hace el mismo papel: el arco zigomático, que naciendo de la cara externa se dirije hácia adelante para articularse con el hueso malar; de manera que una violencia exterior sobre la parte superior de la cabeza, se trasmite al parietal, al temporal y de éste, al arco zigomático, y de allí á los huesos de la cara en donde se agota descomponiéndose.

Es tan cierto esto que en los golpes dados sobre la cima de la cabeza, no es raro observar en los enfermos un vivo dolor en el maxilar superior y propagarse hasta la parte media de la bóveda palatina.

La violencia es llevada hácia las partes laterales. Tiene que reaccionar sobre los bordes interiores de los parietales tendiendo á hundirlos en la cavidad craneana: éste hundimiento no puede efectuarse porque lo impiden las suturas bi parietal por una parte y fronto-parietal por otra: el frontal está articulado en visel con el parietal á beneficio de la cara interna del primero.

El golpe es dado sobre la parte anterior: el frontal resiste apoyándose sobre el esfenoide, sobre los parietales y por el intermedio de ellos sobre el oxipital.

El golpe es dado sobre el oxipital. A beneficio de la sutura lambdoide resiste descomponiendo el esfuerzo trasmitiéndolo á los parietales y al frontal.

Es de notar que en éstas hipótesis el choque comunicado al frontal y al oxipital, se propaga por una parte á los huesos de la cara y por otra á la columna vertebral en donde se agota.

Vista la manera de resistir de los huesos del cráneo, se suscita otra cuestion. ¿El conjunto cómo resiste á las violencias exteriores, cómo una bóveda ó como una esfera?

La cuestion no está enteramente resuelta, pues hay, partidarios de una y de otra. Tillaux, parece decidirse por la primera, probándolo con teorías muy ingeniosas fundadas en ciertos principios de Física y Mécanica.

De lo que precede, se desprende la inmensa utilidad y los grandes servicios que prestan al Cirujano los conocimientos anatómicos para hacer un diagnóstico, si nó con una precision matemática, sí con la mayor aproximacion posible.

La anatomía topográfica, tan útil para la cirujía, nos dá datos tan preciosos y tan seguros para saber algunas relaciones de órganos internos con los tegumentos exteriores que no quiero pasar por alto, algunos que son de grande importancia en la cuestion de que me ocupo: ella nos enseña que el punto de union de las suturas *metópica* y *sagital* ó *bregma*, corresponde exactamente al límite de los lóbulos parietal y oxipital del cerebro: Que para determinar sobre el vivo la situacion del *bregma*, se coloca erguida la cabeza, se lleva una línea de un conducto auditivo al otro, pasando por la parte más elevada de la cabeza: el bregma corresponde al medio de está *línea biauricular*: Que la sutura escamosa (*Témporo parietal*) corresponde casi exactamente á una de las principales cisuras del cerebro: la cisura de Silvirus &., &.

Mucho más nos enseña ese ramo tan precioso de la Medicina, mucho más nos dice y que quisiera enumerar; quéde esto para las obras didácticas y no para este pequeño é insignificante trabajo.

Se vé pues, que la base de un diagnóstico tan próximo á la exactitud cuanto sea posible, tiene que fundarse en los conocimientos anatómicos de la region: en la sintomatología y en los datos etiológicos: que el Cirujano muchas veces está en la imposibilidad de hacerlo con cierta precision por falta absoluta de datos positivos; pero que una observacion cuidadosa y un examen escrupuloso del enfermo pueden darle una luz: pueden ayudarlo al objeto que se propone.

Pronóstico. El pronóstico de las heridas contusas de la cabeza es muy delicado, porque muchas veces una herida insignificante á la vista, puede dar lugar más tarde á accidentes más ó ménos graves; esto yo lo he visto, indivíduos que han llegado al Hospital con una pequeña herida, en que todo hacía es-

perar una violenta curacion, ó se han retardado por complicaciones más ó ménos lijeras ó han sucumbido víctimas de una complicacion gravísima, y todo sin que el Médico pudiera preveerlo por ser imposible, ni evitarlo por que todo al principio, indicaba ser favorable al éxito.

Pero como el Médico tiene muchas veces que dar un pronóstico inmediato y de sus palabras dependa tal vez la libertad de un hombre ó su castigo ó la tranquilidad de una familia &., está en la obligacion de darlo, aún cuando sea con cierta reserva.

La práctica nos enseña, que cuando el indivíduo es jóven, vigoroso, robusto, &. y que el instrumento vulnerante ha interesado todas las partes blandas *exclusivamente*, el pronóstico no tiene ninguna gravedad si en la curacion se siguen con todo rigor los principios de asepsia: que aún cuando el hueso haya sido tocado, pero de una manera superficial, tambien el pronóstico es favorable si se siguen los mismos principios; pero que si el hueso ha sido interesado en todo su espesor, si se han roto las meninges y se ha tocado la pulpa cerebral, las cosas cambian de aspecto y el pronóstico es tanto más grave, cuanto que los fenómenos cerebrales aparezcan con mayor intensidad: si á esto se añade, la presencia en el interior del cráneo, de cuerpos extraños, el pronóstico es *gravísimo*.

El Cirujano debe pues, ser muy minucioso en la exploracion de la herida, obrar con mucha prudencia al valorizar los síntomas y ser no menos prudente al emitir su pronóstico.

Tratamiento. ¡El tratamiento! ¡Cuántas dificultades encierra! Cuantos tropiezos tiene el Cirujano cuando se trata de heridas graves.

En las heridas leves, cuando sólo han sido tocados los tegu

mentos exteriores, cuando el indivíduo está en las mejores condiciones y cuando el Cirujano tiene empeño en la curacion, todo es sencillo: cortado el pelo de la region al nivel de su nacimiento, ó razurada, aseada perfectamente la herida, quitados los coágulos y cuerpos extraños &., aplicada una curacion anticéptica y húmeda, un vendaje compresivo *ad hoc*, ordenar algunos dias de reposo y una alimentacion moderada, todo esto es suficiente en la mayor parte de las veces.

Pero tratándose de aquellas heridas, en que el hueso ha sido interesado en todo su espesor y en que fenómenos flegmásicos y de órden cerebral aparecen, y en que el Cirujano tiene conciencia de que cuerpos extraños, fragmentos de hueso &., hay en el interior de la herida; creo que la intervencion quirúrjica debe ser inmediata: si la herida no es ámplia y se han roto los huesos, dejando un hundimiento extenso, creo que debe ampliarse la herida, procurar extraer hasta la última esquirla huesosa; desinfectar la herida, canalizarla y aplicar en todo rigor la curacion de Lister.

Si la herida huesosa es pequeña; pero de la exploracion se deduce que fragmentos de la cara interna, se han hundido en la masa encefálica; que los fenómenos de compresion cerebral ya aparecen en todo su rigor; y en fin, que todo dice que ahí existe un vasto foco de hemorrájia; creo que tambien la intervencion quirúrjica está indicada y tanto más, cuanto que los fenómenos cerebrales sean más intensos.

El Trépano es un gran recurso.

Es verdad que mucho se ha objetado á esta operacion; pero ¿de qué medio valerse, cuando el diagnóstico ha indicado hasta la evidencia que algo existente en el interior de la cavidad es la causa de los fenómenos que se están observando?

La operacion tiene alguna gravedad, es cierto, pero ¿porqué no tocar el último recurso, con que cuenta la Cirujía? Si los fenómenos todos indican una muerte próxima; porqué no intentar la prolongacion de la vida aún cuando sea por algunas horas más?

El Médico, señores, no está autorizado á cruzarse de brazos ante un caso grave, debe apurar cuanto aconseje la ciencia siempre que este indicado.

El Trépano no es una operacion grave por sí misma, es una operacion hasta inocente por decirlo así; si se hace con las precauciones debidas: destreza en su ejecucion y aplicacion rigurosa de los principios de asepsia.

Que peligro puede haber en quitar una rodela huesosa al cráneo, en que la nutricion es activa y en que la reparacion se hace con cierta rapidez?

Creo que dadas estas condiciones tan buenas para una operacion. el peligro es insignificante si se considera la magnitud de los beneficios que puede traer consigo.

Por otra parte, ¿qué peligros puede haber en aplicarle una corona de trépano á un indíviduo que está á las puertas de la muerte, si en ella vá el último recurso con que cuenta la Cirujía? Acaso se dirá que el aire penetrando en la cavidad puede dar oríjen á fenómenos flegmásicos ó de otro órden, y que la muerte del indivíduo sea debida á estos fenómenos, provocados por la operacion misma?

¡No! Con el descubrimiento de Lister, con las teorías de Pasteur y con la buena voluntad del Cirujano, se está autorizado á penetrar, no sólo en la cavidad del cráneo sino en las otras grandes cavidades espláenicas.

Si en el abdomen tenemos el peritonéo, si en el torax tene-

mos á las pleuras, y en el cráneo á las meninges; si operamos en el vientre como en la operacion de Porro y en el torax como en la toracentésis, en uno para evacuar un producto de concepcion, y en el otro para evacuar productos de nueva formacion ¿porqué, señores, no habiamos de operar sobre el cerebro mismo para extraer tambien cuerpos estraños ó productos de nueva formacion?

¿Qué hacer en el caso, nada estraño de un abceso cerebral; en que calenturas vespertinas de 39° y 40°, en que alarmantes fenómenos de depresion y cefalalgias intensas, todo nos dice á grandes voces que hay en el interior del cráneo algo que evacuar, si á esto añadimos el recuerdo de una herida en tal ó cual parte de la bóveda del cráneo? ¿Qué hacer? Conformarnos solo con los medios terapeúticos que aconseja la ciencia ó condenarnos á la espectacion? No, señores, la intervencion quirúrgica está perfectamente indicada, y si por lo pronto, el Cirujano tiene nimios temores, cuando se decida á operar, ya será tarde.

Las observaciones que al fin de esté trabajo exponga, confirmarán mi acerto, y si no le dan á mi argumentacion toda la fuerza que quisiera, culpa será del pequeño número de ellas y de mi escasa inteligencia.

Aun tengo inculcadas en mi mente las doctrinas que á este respecto nos dan los libros de texto.

Aun no se me olvidan las imprecaciones que algunos dan á la operacion que he mencionado.

Respetando hasta en lo mas mínimo los autores á que me refiero, no hago en este pequeño, incompleto é insignificante trabajo, sino emitir humildemente una idea, muy objetable quizá; pero fruto de mi práctica en el Hospital Militar de Instruccion.

OBSERVACIONES

1ª El año pasado, ingresó al Hospital á la 2ª Sección de Cirujía un soldado del Batallon Zapadores, presentando una herida hecha al parecer con instrumento cortante y contundente, teniendo por sitio la línea fronto temporal izquierda y la cual fué tratada por oclusion, por el Aspirante de servicio.—Diez dias despues fué dado de alta con la herida cicatrizada bajo de costra y acusando algunos desvanecimientos, los que unidos á vómitos y cefalalgia obligaron al enfermo á pedir de nuevo, 24 horas despues, su pase al Hospital ocupando entonces una cama en la 3ª Sección de Medicina. Bajo la influencia de un emético, amargos y alcalinos se disiparon todas las molestias que el enfermo acusaba; no conservando mas que anorexia y supuración lijera de la herida que desde luego quedó sujeta á una curación húmeda y fenicada. Al cuarto dia contado desde su segundo ingreso, sin que hubieran precedido fenómenos prodrómicos ningunos, se encontró al enfermo, á la hora de la visita, con parálisis del motor ocular comun izquierdo, afasia completa, y hemiparesia derecha—Suponiendo entónces que todos estos accidentes reconocian por causa el traumatismo de la frente, se despegaron los labios de la herida con un estilete, se exploró su fondo y pudo reconocerse la existencia de asperezas y rugosidades, lo que hizo pensar en la necesidad de una intervención quirúrjica, activa é inmediata.—Estudiando el hecho en junta de Profesores, y aprobado el programa, se procedió del modo siguiente, apegándose en todo á los preceptos Listerianos.—Se cloroformó el enfermo con la mayor tranquilidad; se hizo una incision crucial sobre la herida, lo que permitió extraer

primero dos pedazos de lámina de acero que formaban la punta de una navaja, y dos pequeñas esquirlas huesosas.—Como se puso de manifiesto que estaba herida la caja craneana y la existencia de aquellos cuerpos extraños implatados en la tabla externa, no explicaban los fenómenos de compresion, se decidió la aplicación del trépano, sospechando una depresion de la tabla interna ó la existencia de un derrame sanguíneo ó purulento supra ó inframeningéo. Levantada la rueda huesosa sin el menor tropiezo ni dificultad quedó á la vista la dura madre vivamente congestionada y haciendo saliente de un modo marcado. Se tomó entonces su porción culminante con una pinza; y con tijeras finas se hizo una insición longitudinal, á través de la cual formó una hernia pequeña la sustancia cerebral con todos los atributos del tejido nervioso normal y no creyendo indicado llevar más adelante la intervención quirúrjica, se dió allí fin á la operación haciendo la canalización, suturas y oclusión de las heridas.

El enfermo volvió perfectamente de la anestésia, su respiración que ántes era cerebral se regularizó, y fué tan marcado su bienestar durante el resto del dia y el principio de la noche, que hizo concebir halagadoras esperanzas, las que se desvanecieron poco más tarde, pues el enfermo murió como á las dos de la mañana con una agonía tranquila.

La autopsia reveló la existencia de un vasto abceso, como del tamaño de un limon, que ocupaba todo el lóbulo frontal izquierdo y que habia invadido en una buena parte las circunvoluciones 1ª 2ª y 3ª y algo la frontal ascendente.—Las paredes del foco hácia la parte anterior sólo tenian cinco milímetros de espesor y su porción mas adelgazada correspondia exactamente al sitio en donde se aplicó la corona de trépano.

La pieza anatómica está preparada para el museo del Hospital.

Este caso nos demuestra, las dificultades con que el Cirujano puede tropezar para la perfección de un diagnóstico y las no menos grandes para establecer con toda seguridad el pronóstico de una lesión semejante.

2ª En 10 de Diciembre último; se presentó en el Hospital un soldado del 24º Batallon con una herida contusa, situada en la giva frontal derecha; como de un centímetro de extensión y que interesaba todas las partes blandas descubriendo el hueso de su periostio, pues el estilete acusaba rugosidades en el fondo de la herida.—Segun dicho del enfermo, esta lesión habia sido producida por la caida en una escalera. La herida curada con yodoformo, marchó muy lentamente á la cicatrizacion, pues no cerró completamente sino hasta el 13 de Enero, época en la cual, se noto depresión de las facultades mentales y marcada predilección por la quietud. Sujeto desde esta fecha á una observacion cuidadosa, no pudo notarse ningun otro fenómeno hasta el dia 25, en que vinieron vómitos, evacuaciones inconscientes y signos ligeros de dolor siempre que se oprimia la cicatriz.—El dia 29 se encontró al enfermo en estado semicomatoso, con rigidéz escesiva de los músculos posteriores del cuello; disfagia, dilatacion muy notable de la púpila derecha, insensibilidad á las picaduras y ligero dolor sobre la nuca. Visto en junta de Profesores se convino en la existencia muy probable de pus en la region cerebral correspondiente á la herida y se decidió á aplicar una corona de trépano para darle salida.—Dispuesto todo para ejecutar una operacion acéptica se hizo sobre la cicatriz una insicion crucial que al descubrir el hueso puso de manifiesto en él una pérdida de sustancia de forma circular y como de dos milíme-

tros de diámetro por la cual salió sangre sin cesar, hasta que se hubo desprendido la corona huesosa.—La dura madre quedó á la vista sin huella alguna de lesion, sin los movimientos del pulso cerebral, fuertemente bombeada y dejando apreciar con toda claridad una fluctuacion indudable.—Tomada con unas pinzas se le hizo con tijeras finas una insicion crucial y pudo verse entonces sobre la sustancia nerviosa una gota de pus.— Sobre ese punto se hizo una insicion con el bisturí, por la que se escapó una buena cantidad de pus flegmonoso verde amarillento y sin mal olor; introducido por la herida el dedo pequeño, se tuvo la conviccion de que el abceso era del cerebro, tan grande como un limon.—Se convino entonces en canalizarlo y para ello se introdujo un tubo conservado en aceite fenicado, de ocho centímetros de extension: se fijo sobre una lámina de cauchuc y pudo verse que funcionaba perfectamente, pues continuó saliendo el resto del pus hasta una cantidad de cerca de 60 gramos: suturados los colgajos se hizo una curacion Listeriana.

La operacion fué hecha sin cloroformo, y el enfermo que no dió muestras de dolor sino hasta la aplicacion de las suturas, pudo al terminar aquella, hablar y referir á los circunstantes como se habia verificado el traumatismo.

Hé ahí un caso que nos demuestra perfectamente la inmensa ventaja de una intervención enérgica é inmediata; pues si bien es cierto que el enfermo no curó sí sobrevivió varios meses con sus facultades perfectas y con plena conciencia de sus hechos.

3ª Para terminar; añadiré la observacion siguiente: un indivíduo, soldado del 1er Batallon de Infantería, en pleno estado de embriaguez, cayó de una altura considerable, de la azotea

del cuartel de San José de Grácia; al caer, su cabeza, chocó en las piedras del patio, se le produjo una pequeña herida, irregular, de bordes contundidos, de dos centímetros de extension y situada á ocho centímetros abajo afuera y á la izquierda de la línea media de la cabeza, sobre la region parietal. Cuando llegó al Hospital, su estado era el siguiente: postracion profunda, pulso lento é irregular, respiracion lenta, pupilas irregularmente dilatadas, insensible á las escitaciones exteriores, y evacuaciones involuntarias de orina y de materias fecales.

Al nivél de la herida, una depresion considerable y al palpar se sentia perfectamente una crepitacion especial.

Ampliada la herida en una extension de seis centímetros proximamente, y alejados los labios, se notó que una gran cantidad de fragmentos huesosos estaban undidos en la masa cerebral; una gran cantidad de coágulos, y de sustancia cerebral reducida á papilla, ocupaban aquella region. Extraidos los fragmentos que se han conservado en el Museo del Hospital, quitados los coágulos y la porcion cerebral inutilizada, canalizado el foco con un sistema apropiado de tubos de goma preparados en aceite fenicado, sujetándose en todo á los preceptos de Lister y aplicándole una curacion rigurosamente aséptica, los fenómenos que hacian creer en una muerte inmediata, fueron desapareciendo poco á poco. Algunos dias despues, el enfermo, nos referia sus antecedentes y nos explicaba de la manera mas clara y precisa sus síntomas, sus deseos y sus esperanzas de alivio.

DANIEL GARCIA.

AÑO DE 1885.

Mes		Existian	Entraron	Salieron	Quedan
Enero	Infantería	4	3	5	2
	Artillería	5	2	3	4
	Caballería	2	3	4	1
	Inválidos	0	1	0	1
	Suma	11	9	12	8
Febrero	Infantería	2	7	7	2
	Artillería	4	4	5	3
	Caballería	1	2	1	2
	Inválidos	1	1	2	0
	Suma	8	14	15	7
Marzo	Infantería	2	10	4	8
	Artillería	3	1	4	0
	Caballería	2	1	3	0
	Inválidos	0	0	0	0
	Suma	7	12	11	8
Abril	Infantería	8	10	14	4
	Artillería	0	5	2	3
	Caballería	0	4	1	3
	Inválidos	0	2	1	1
	Suma	8	21	18	11
Mayo	Infantería	4	12	13	3
	Artiller a	3	5	6	2
	Caballería	3	3	3	3
	Invalidos	1	1	1	1
	Suma	11	21	23	9
Junio	Infantería (1)	3	10	10	3
	Artillería	2	0	2	2
	Caballería	3	4	4	3
	Inválidos	1	1	2	0
	Suma	9	15	18	8

Mes		Existian	Entraron	Salieron	Quedan
Julio	Infantería	3	7	6	4
	Artillería	2	1	0	1
	Caballería	3	2	5	0
	Inválidos	0	0	0	0
	Suma	8	10	11	5
Agosto	Infantería (2)	4	5	6	3
	Artillería	1	1	2	0
	Caballería	0	7	3	4
	Inválidos	0	1	1	0
	Suma	5	14	12	7
Setiembre	Infantería	3	8	8	3
	Artillería	0	1	0	1
	Caballería (3)	4	1	4	1
	Inválidos	0	1	0	1
	Suma	7	11	12	6
Octubre	Infantería	3	4	4	3
	Artillería	1	5	2	4
	Caballería	1	3	1	3
	Inválidos	1	1	2	0
	Suma	6	13	9	10
Noviembre	Infantería	3	13	10	6
	Artillería (4)	4	6	4	6
	Caballería	3	2	4	1
	Inválidos	0	0	0	0
	Suma	10	21	18	13
Diciembre	Infantería	6	3	8	1
	Artillería	5	4	7	2
	Caballería	1	0	1	0
	Inválidos	0	1	1	0
	Suma	12	8	17	3

Número total de enfermos asistidos

Infantería	137.
Artillería	65.
Caballería	55.
Inválidos	14.
Suma	271.

(1) Hubo dos complicaciones de erisipela.—Dos enfermos, de caballería uno y de Infantería el otro, llegaron al Hospital Militar, uno con fractura de la órbita izquierda y otro con fractura de los huesos de la nariz y ambos con signos de conmocion cerebral.

(2) Hubo una complicacion de erisipela.

(3) Hubo una fractura de la roca en un soldado de caballería.

(4) Murió uno, momentos despues de haber entrado al Hospital, por una herida contusa de la cabeza y fractura del cráneo.